ITEM 88 : TROUBLE DE LA PAROLE - DYSPHONIE

Voix = son produit par les cordes vocales lors de leur vibration sous l'influence de l'air pulmonaire
Parole = modification du son en fonction de la forme du conduit aérodigestif (en fonction de la position de la langue par exemple, la même vibration des cordes vocales sera entendue comme un « i » ou un « a »)
Langage = utilisation de la parole à des fins signifiantes
Dysphonie = **trouble de la voix** = **trouble de la vibration des cordes vocales**

Physio

Larynx

= Conduit comprenant les cordes vocales, une armature cartilagineuse (anneau cricoïdien, bouclier thyroïdien) et ensemble de muscles assurant sa fermeture et son ouverture (dont les plus volumineux sont répartis dans les cordes vocales)

Cordes vocales

- Fonctions : **phonation**, **respiration** (ouverture), **déglutition** (fermeture : empêche les fausses routes), **protection des voies aériennes inférieures** (toux)

Nerf récurrent (= laryngé inférieur)

= Branche collatérale du **nerf X** (vague, pneumogastrique) : innervation motrice des cordes vocales
- **Noyau** au niveau du bulbe rachidien, à proximité du noyau du IX et du XII
- **Trajet descendant** dans le cou, à proximité des gros vaisseaux, dont la carotide
- **Trajet ascendant** vers le larynx, après sa naissance sous la **crosse de l'aorte** à gauche et sous l'**artère sous-clavière** à droite, collé à la face profonde de la glande thyroïde

Vibration des cordes vocales

= Lors de la fermeture modérée des cordes vocales et de l'expiration, l'air s'échappe vers le haut et fait vibrer la muqueuse que recouvre le bord libre des cordes vocales
- **Fermeture des cordes vocales (adduction)** = phénomène actif : une anomalie (**paralysie**) entraîne une fuite d'air audible → **voix faible, soufflée**
- **Vibration de la muqueuse** = phénomène passif : une anomalie **(polype…)** entraîne une irrégularité de la voix → **voix éraillée, rauque**

→ Une perturbation de ce mécanisme entraine une **dysphonie**

Diagnostic

= Anomalie du son/du timbre de la voix, à l'écoute du patient
→ Toute dysphonie trainante depuis **8 à 15 jours** doit faire l'objet d'un examen des cordes vocales par nasofibroscopie

DD

- **Voix faible** = **hypophonie** : insuffisant respiratoire, grande altération de l'état général
- **Rhinolalie fermée** : obstruction nasale aiguë ou chronique
- **Rhinolalie ouverte** : fuite d'air au niveau du voile du palais (anomalie congénitale ou acquise)
- **Voix « pharyngée »** (« patate chaude ») : volumineuse tumeur basi-linguale ou oropharyngée
- **Dysarthrie** (trouble de l'articulation) ou **aphasie** (trouble du langage) : maladie neurologique (Parkinson : voix monocorde et monotone, même si association de dysarthrie et de dysphonie possible,)

C

- Terrain : âge, profession à risque vocal (enseignant…), alcool, tabac, RGO, sexe, antécédents
- Signes ORL associés : **dyspnée, dysphagie, fausses routes**
- **Examen des paires crâniennes**, notamment des nerfs mixtes : motricité de la langue (**XII**), du voile du palais (**X**), de la paroi pharyngée postérieure (**IX** et **X** : signe du rideau)
- Examen des **aires cervicales** et de **la glande thyroïde**

Examen des cordes vocales

= **Laryngoscopie** par voie transnasale (fibroscopie nasopharyngée – directe avec endoscope souple) ou transorale (épipharyngoscope rigide ou miroir laryngé - indirecte)
Dans un second temps si nécessaire on réalise une laryngoscopie **sous AG** appelée **laryngoscopie en suspension (LES)** avec possibilité d'examen au **microscope** opératoire : intérêt diagnostique (inspection précise, biopsie) et thérapeutique (exérèse d'une lésion muqueuse localisée)
NB : examen au miroir n'est plus réalisé dans la pratique courante
- Normales et mobiles → examen spécialisé en phoniatrie
- Normales avec un **trouble de la mobilité** (paralysie uni-/bilatérale) → atteinte du **nerf récurrent, de la corde vocale ou de l'aryténoïde**
- **Suspectes** ou avec une **lésion d'allure néoplasique** → **laryngoscopie en suspension sous AG** pour biopsie
- **Lésion manifestement bénigne** (nodules bilatéraux…) → surveillance

Étiologies

Cancer laryngé

→ A rechercher face à une dysphonie traînante, notamment chez l'homme > 50 ans, éthylo-tabagique
- **Dysphonie d'apparition insidieuse**, chez un patient avec une voix rauque ou grave depuis longtemps, qui s'aggrave progressivement
- Autres signes : **dyspnée inspiratoire, otalgie, ADP cervicale**
- **Fibroscopie nasopharyngée** : lésion suspecte = plaques blanchâtres, bourgeonnantes, irrégulières, mal limitées, œdème des cordes vocales (**œdème de Reinke**), polype de la corde vocale pouvant masquer une lésion…

→ **Laryngoscopie en suspension**, **sous AG** : **biopsie** de la lésion ± **exérèse** si possible (lésion superficielle)
→ **Surveillance** même si biopsie rassurante, **re-biopsie** au moindre doute

<table>
<tr><td rowspan="8">Etiologies</td><td>Lésion d'allure bénigne</td><td colspan="3">- Laryngite aiguë infectieuse : dysphonie aiguë d'installation < 48h avec voix « couverte », odynophagie +/- otalgie réflexe, fièvre et/ou dyspnée → Nasofibroscopie = œdème et érythème de l'épiglotte avec inflammation des structures supra-glottiques
- Nodule des cordes vocales = petites lésions cornées situées sur les cordes vocales : survient généralement chez la femme jeune présentant un malmenage vocal chronique (enseignant…)
- Granulome du 1/3 postérieur des cordes = lésion arrondie, régulière, pédiculée au niveau de l'apophyse vocale des aryténoïdes : souvent dû à un traumatisme d'intubation ou un RGO
- Papillomatose laryngée juvénile = « verrues » d'aspect caractéristique : causée par HPV, à risque de récidive, ou très rarement de dégénérescence en cas d'HPV oncogène
→ Laryngoscopie en suspension pour biopsie au moindre doute (terrain alcoolo-tabagique…)</td></tr>
<tr><td rowspan="7">Immobilité unilatérale</td><td colspan="3">= Paralysie (à cause d'une lésion de la voie motrice nerveuse) ou immobilité (par blocage mécanique ou tumoral d'une ou des 2 articulations crico-aryténoïdiennes ou cicatrice unissant les 2 aryténoïdes) → La position est jugée au temps phonatoire
- En position ouverte = la corde reste en position inspiratoire alors que la corde mobile se met en position médiane (position phonatoire) : voix très faible et soufflée, fausses routes par inhalation
- En position fermée = la corde reste en position phonatoire pendant le temps inspiratoire alors que la corde mobile se met en position ouverte : SF discrets/absents, généralement sans gêne respiratoire</td></tr>
<tr><td>CAT</td><td colspan="2">- Examen du nerf glosso-pharyngien (IX) : dysphagie, signe du rideau (déplacement du côté sain de la paroi postérieure du pharynx), hypoesthésie et abolition de la sensibilité gustative du 1/3 postérieure de la langue et du pharynx
- Examen du nerf X = paralysie vélo-pharyngée : régurgitation nasale, rhinolalie ouverte, signe du rideau (déplacement du voile du palais et de la luette du côté sain)
- Examen de la glande thyroïde et palpation des aires cervicales
→ TDM cervico-thoracique injectée ± échographie thyroïdienne en l'absence d'orientation
→ IRM cérébrale en cas de suspicion de lésion intracrânienne</td></tr>
<tr><td>Blocage articulaire</td><td colspan="2">- Blocage para-glottique : cancer laryngé ou du sinus piriforme (classe en T3)
- Inflammation voire luxation aryténoïdienne = lésion post-traumatique après intubation : dysphonie au réveil après chirurgie ou intubation d'urgence</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Lésion de la voie motrice</td><td>Envahissement nerveux</td><td>- Cancer thyroïdien
- Cancer pulmonaire : cancer de l'apex ou ADP, surtout gauche car touche plus facilement le nerf vague qui descend plus bas de ce côté ci
- Cancer œsophagien avancé</td></tr>
<tr><td>Lésion traumatique</td><td>= Section, compression ou étirement : chirurgie ou traumatisme
- De proximité du nerf vague : tronc cérébral, base du crâne, cervicale, carotidienne, du rachis
- De proximité du nerf récurrent : œsophage, pulmonaire, cardio-aortique, thyroïde, thymus</td></tr>
<tr><td>Cause neurologique</td><td>- Périphérique : syndrome de Guillain-Barré, neuropathie périphérique (diabète, inflammatoire, toxique…)
- Centrale : AVC du tronc, SEP, syringomyélie, encéphalite, Parkinson, atrophie multi-systématisée, syndrome pseudo-bulbaire…</td></tr>
<tr><td>Cause cardiaque</td><td>= Par atteinte nerf récurrent gauche :
- Maladie mitrale
- Coarctation aortique</td></tr>
<tr><td></td><td>Idiopathique</td><td>= 20% des cas : récupération dans 50% des cas, parfois après 6-8 mois</td></tr>
<tr><td>Immobilité bilatérale</td><td colspan="3">- En position fermée : dyspnée au 1er plan, à type de bradypnée inspiratoire avec tirage et cornage (stridor chez l'enfant), avec voix quasi-normale = Urgence vitale diagnostique et thérapeutique → Trachéotomie transitoire le plus souvent nécessaire
- En position ouverte : dysphonie importante (voix quasi-inaudible), fausses routes (surtout aux liquides)
→ TDM cervico-thoracique injecté à la recherche d'une lésion maligne</td></tr>
<tr><td>Blocage articulaire</td><td colspan="2">- Blocage de l'espace para-glottique : cancer laryngé ou du sinus piriforme
→ Nécessite un geste de sauvetage (trachéotomie, désobstruction endoscopique)
- Lésion traumatique après intubation prolongée, suite à un séjour en réanimation : ankylose des articulations cricoaryténoïdiennes, brides cicatricielles
- Lésion inflammatoire bilatérale de l'articulation cricoaryténoïdienne : polyarthrite rhumatoïde, post-radique…</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="3">Etiologies</td><td>Immobilité bilatérale</td><td>Lésions de la voie motrice</td><td>- Cancer de la base du crâne, de la région thyroïdienne ou basi-cervicale (zones où les 2 voies motrices sont proches l’une de l’autre)
- Lésion traumatique iatrogène lors d’une chirurgie de la base du crâne, de la thyroïde ou de l’œsophage cervical
- Cause neurologique : SLA, AVC du tronc, SEP, syringomyélie, syndrome de Guillain-Barré, encéphalite, méningite, neuropathie diabétique, inflammatoire ou toxique</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Cordes vocales normales et mobiles</td><td colspan="2">- Kyste intra-cordaux : décelable seulement par stroboscopie
- Troubles endocriniens : hypothyroïdie, hyperandrogénie
- Dysphonie par surmenage vocal (cause la plus fréquente) aiguë ou chronique
- Origine psychique : aphonie totale, de début brutal, dans un syndrome de conversion
- Dysphonie myasthénique (rang A pour le collège de neurologie) : typiquement intermittente, extinction de voix progressive, accentuée par les efforts ou la fatigue, souvent plus marquée le soir, améliorée par le repos
- Dysphonie spasmodique : cf. encadré ci-dessous</td></tr>
<tr><td>Dysphonie spasmodique</td><td>= Dystonie laryngée : rare, touche plus fréquemment la femme, début > 40 ans
- Installation progressive (≠ aphonie psychogène) d’une dysphonie, aggravée par la fatigue, le stress, la lecture ou les émotions, à larynx normal
- Electromyographie laryngée = examen clé : hyperactivité musculaire au repos
- TTT : injection intra-cordale de toxine botulique 2 ou 3 fois/an
La symptomatologie phonatoire régresse en réduisant l’hypertonie musculaire</td></tr>
<tr><td colspan="2">Rééducation et orthophonie</td><td colspan="2">- Après diagnostic posé, après examen des cordes vocales, indiquée par l’ORL
- Seule ±traitement médical/chirurgical
- Nouvel examen des cordes vocales si absence d’amélioration vocale</td></tr>
</table>